

Sammelbogen für die U5		Kind 1	Kind 2	Kind 3	Kind 4
<b>ALLGEMEINE ANGABEN</b>					
Liegt das Gelbe Heft vor?	ja/nein	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Geburtsmonat (MM) / Geburtsjahr (JJ)	MM/JJ	--/--	--/--	--/--	--/--
Wie oft wurden <b>Auffälligkeiten</b> im Abschnitt „ <b>Untersuchung</b> “ des Gelben Heftes angekreuzt?	Anzahl	---	---	---	---
Wie oft wurde <b>erweiterter Beratungsbedarf</b> im Abschnitt „ <b>Beratung</b> “ des Gelben Heftes angekreuzt?	Anzahl	---	---	---	---
Eintrag bei „ <b>Auffälligkeiten zur Beobachtung</b> “ im Abschnitt „ <b>Ergebnisse</b> “ des Gelben Heftes erfolgt?	ja/nein	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Teilnahmekarte im Gelben Heft ausgefüllt?	ja/nein	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Zeitaufwand für Eintragungen in das Gelbe Heft (Schätzwert in Minuten und / oder Sekunden)	Min. Sek.	-- --	-- --	-- --	-- --
<b>AUGEN</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Brückner-Test durchgeführt?</b>	ja /nein	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
<b>Prüfung auf Transilluminationsunterschied mit einem binokularen Autorefraktometer durchgeführt? (z.B. von Plusoptix, Welch Allyn oder anderen Herstellern)</b>	ja /nein	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
<b>→ Transilluminationsunterschied festgestellt? (z.B. bei Trübung der brechenden Medien, Strabismus, Anisometropie)</b>	ja /nein	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
<b>SPRACH- und SPRECHSTÖRUNGEN</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Hinweise auf Sprach- und Sprechstörung ...</b>	ja/nein	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
... in der Anamnese?	ja/nein	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
... in der Orientierenden Beurteilung der Entwicklung?	ja/nein	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
<b>Besteht erweiterter Beratungsbedarf zum Thema Sprache?</b>	ja/nein	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
<b>Nach Hinweisen auf Sprach- und Sprechstörungen in der U-Untersuchung: Diagnostische/therapeutische Maßnahmen eingeleitet? (Mehrfachauswahl möglich)</b>	ja/nein	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
- Logopädie	ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pädaudiologie / Phoniatrie	ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)	ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- HNO-Arzt	ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sonstige:	ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ELTERNSET AUSGETEILT?</b>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Raum für Bemerkungen:**

(Nutzen Sie bei Bedarf bitte zusätzlich die Rückseite)